

(Ifylls av förvaltningen)

Synpunkter eller klagomål på vården

När du kontaktar oss på patientnämnden med dina synpunkter eller klagomål hjälper du oss att bidra till kvalitetsutveckling, hög patient-säkerhet och att verksamheterna i hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Du bidrar genom dina synpunkter till att förändra och förbättra vården, så att andra inte drabbas på samma sätt. Det är därför dina synpunkter eller klagomål till oss är så viktiga!

Denna blankett kan också fyllas i av en närstående och kan skrivas på det språk du föredrar.

Fullmakt behövs om det är någon annan än patienten som är uppgiftslämnare.

**Gör din
anmälan direkt
på 1177.se!**

Logga in med e-legitimation.
Gå till "Alla övriga tjänster"
och "Lämna synpunkter
och klagomål hos
Patientnämnden".

Patientens uppgifter

Förnamn	Efternamn
Personnummer	E-post
Adress	Ev c/o-adress
Postnummer och postadress	
Telefon dagtid 1	Telefon dagtid 2

Berörd verksamhet

Obs! Du kan endast registrera synpunkter på en vårdgivare i taget – använd därför en blankett per vårdgivare.

Ange namnet på den vårdinrättning som klagomålet eller synpunkten gäller.

Ange en ungefärlig tidpunkt för händelsen

År/månad/dag

Underskrift

Patientens eller vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning. Alternativt ombudets/god mans namnteckning (fullmakt ska bifogas) eller förvaltarens namnteckning (tingsrättens beslut ska bifogas).

Namnförtydligande

Datum

För att kunna fullgöra patientnämndens rättsliga förpliktelse behöver vi registrera och lagra de personuppgifter du lämnar i blanketten. Patientnämnden är personuppgiftsansvarig.

Läs mer på vår webbplats eller kontakta oss för mer information.

Skicka din blankett till:
Patientnämndens förvaltning
Box 17535
118 91 Stockholm

Telefon 08-690 67 00
E-post registrator.pan@sl.se
www.patientnamndenstockholm.se

Fortsätt på nästa sida



Vad har hänt?

- Vad blev fel? Beskriv kortfattat vad som hände.
- Skriv gärna de frågor som du skulle vilja ha svar på från vårdgivaren.
- Har du förslag till innovationer/förbättringar (till exempel i form av en ny produkt, tjänst eller annan lösning) som skulle kunna förbättra din och andra patienters situation?

Empty text area with horizontal dotted lines for patient input.

Om du inte får plats med beskrivningen av ditt ärende här kan du fortsätta på ett löst blad som du bifogar blanketten.